FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — N° 250

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juin 1884, à 1 heure

Par Antoine-Nestor HUMBERT,

Né à Passonfontaine (Doubs), le 29 août 1856.

DE

L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

APRÈS LES

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA LANGUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE

Président : M. LE FORT, *professeur.*

Juges : MM. JACCOUD, *professeur.* PEYROT, HANOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	N.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
GUEBHARD.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Eternelle reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE FORT

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur

DE

L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

APRÈS LES

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA LANGUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU CANCER DE LA LANGUE

INTRODUCTION.

La question du cancer de la langue a subi au point de vue thérapeutique de bien profondes modifications depuis le commencement du siècle.

En présence des récidives fréquentes qui entraînaient la mort des opérés au bout d'un temps variable, mais ordinairement très court, l'on a peu à peu substitué à la pratique des chirurgiens du commencement de ce siècle des opérations de plus en plus compliquées.

Nous sommes loin aujourd'hui des opérations parcimonieuses de Louis, de Boyer, de Vidal, et les procédés ingénieux de Regnoli, de Sedillot, de Verneuil, ont depuis

longtemps rallié la faveur de tous les chirurgiens, en leur faisant espérer que, par des opérations plus larges et plus étendues, on parviendrait plus facilement à se mettre à l'abri des récidives.

Il faut bien dire que cet espoir a été souvent déçu.

Déjà Théophile Anger, en 1872, dans son intéressante thèse d'agrégation, donnait une statistique portant sur 260 cas, et fournissant une survie moyenne de huit mois : d'après Bilroth, dans une communication à la Société de chirurgie allemande, en 1873, et plus tard en 1878, Schlapfer dans une thèse inspirée par Rozé de Zurich, ont montré que les opérations les plus larges étaient loin de mettre à l'abri des récidives.

Le découragement s'en est suivi, et une réaction a commencé à se faire en France contre ces larges opérations dans les cancers étendus.

Plusieurs fois, à la Sociéte de chirurgie, en 1875 et en 1876, M. Trélat et plus récemment encore M. Verneuil, ont insisté sur les avantages des opérations précoces au point de vue de la facilité, de la bénignité et de l'efficacité, et déclaré que toute la thérapeutique du cancer lingual se trouvait ramenée à la question d'un diagnostic précoce.

Telles sont les idées que le professeur Trélat résumait encore dans une remarquable leçon clinique publiée par la *Semaine médicale*, le jeudi 24 mai 1883.

« Reconnaissez vite la tumeur, disait l'éminent professeur, et opérez la immédiatement, vous aurez grande chance de succès », et M. Trélat terminait en montrant que le véritable progrès est en réalité plutôt entre les mains des médecins qu'entre celles des chirurgiens.

Il est évident que l'insistance qu'ont mise MM. Trélat et Verneuil, le premier à montrer l'utilité d'un diagnostic précoce, et le deuxième à prouver l'inefficacité et le danger des cautérisations prolongées, diminueront sans aucun doute le nombre des épithéliomas graves de la bouche ; mais il est à craindre aussi, que pendant longtemps, l'ignorance et la routine permettent aux chirurgiens de discuter les indications et les contre-indications des opérations, à tenter contre les cancers étendus de la bouche.

Doit-on abandonner à eux-mêmes les malheureux qui viennent vous consulter pour cette terrible affection? Dans les cas où l'extension du mal empêche une ablation complète, la question n'est pas douteuse ; mais dans les cas où la lésion, quoique très étendue, peut être parfaitement circonscrite, que convient-il de faire ?

J'ai dit plus haut que la récidive était malheureusement très fréquente, mais elle n'est pas fatale, et c'est ce qui justifie pleinement l'intervention dans ces cas.

Dans la leçon dont j'ai déjà parlé, M. Trélat, en réunissant sa statistique personnelle à celles de Verneuil, Delens, Kocher, Guyon et Ledentu, arrive à un total de treize cas, chiffre peu élevé il est vrai, comme le fait remarquer M. Trélat, mais suffisant cependant pour donner au chirurgien le droit d'agir.

Mais il faut bien le savoir, la répugnance que montrent actuellement certains chirurgiens pour les opérations de ce genre, ne vient pas seulement des récidives fréquentes, mais souvent aussi des morts rapides qui

enlèvent les malades dans les jours qui suivent l'opération.

Ces causes sont au nombre de deux principales : l'hémorrhagie secondaire et le défaut d'alimentation.

Ici ce n'est plus une question d'indication chirurgicale, mais bien de médecine opératoire et de soins consécutifs.

De grands progrès ont été obtenus pour obvier à la première de ces causes : je ne ferai que les énumérer, car il n'entre pas dans le plan de ce travail de les discuter plus en détail; c'est, d'une part, l'emploi de procédés importants d'exérèse, l'écraseur linéaire, de la ligature élastique, et surtout l'anse galvanique ; c'est, de l'autre, l'emploi des ligatures préliminaires (linguale ou carotide), toutes méthodes qui ont sinon fait disparaître, du moins diminué dans une grande mesure le nombre des morts par hémorrhagie secondaire.

Depuis longtemps, les chirurgiens ont remarqué la fréquence de la mort par inanition. L'emploi du tube de Faucher a paru, et à juste titre, constituer un grand progrès chirurgical.

Il nous a été donné d'observer à la Charité deux malades alimentés de cette façon.

C'est donc de ce point spécial dont nous voulons nous occuper dans ce travail, et si nous avons cru devoir esquisser au préalable la question de l'intervention dans le cancer de la langue, c'est pour mieux justifier l'importance de cette question en apparence bien secondaire. Il eut été préférable assurément d'étudier en général cette question de la thérapeutique du cancer de la langue, mais le

temps et l'expérience nous faisant défaut, il nous a semblé plus convenable de limiter à ce point de la question, ce modeste travail que nous présentons à l'indulgence de nos juges.

Qu'il nous soit permis de remercier ici notre excellent ami M. le D[r] Picqué des bons conseils qu'il nous a si gracieusement donnés pour l'exécution de ce travail.

Nous lui exprimons notre reconnaissance bien sincère, et notre affectueuse sympathie.

HISTORIQUE.

L'idée de laisser une sonde à demeure dans l'œsophage n'est pas nouvelle : déjà, à la fin du siècle dernier et au commencement de ce siècle, Boyer en avait fait usage, et dans son article Dysphagie, du Traité des maladies chirurgicales (tome VII, page 177, édition 1831), ce chirurgien discute d'après Mauchard et quelques autres auteurs, les indications de la sonde à demeure comme moyen de dilatation et comme procédé d'alimentation dans le traitement de la dysphagie par lésion organique de l'œsophage.

A propos de l'emploi des sondes creuses pour l'alimentation, Boyer déclare que ce procédé est très ancien, mais que cette pratique n'a pu être perfectionnée que dans ces derniers temps, grâce à l'invention des sondes de gomme élastique. Le même auteur pense que la voie nasale est préférable.

On est surpris de voir cet éminent chirurgien trouver l'introduction par cette voie difficile, voire même impossible. Est-il tombé sur des sujets présentant un vice de conformation de la cloison ? Nous inclinons à le croire, et l'observation de Boyer conserve alors toute sa valeur. Quoiqu'il en soit, il conseille un procédé qui peut être utilisé dans ces circonstances, et sur lequel nous reviendrons au manuel opératoire.

Observation I.

(Boyer. Œuvres chirurgicales, t. VII, p. 177, édit. 1831.)

Une femme de 46 ans, d'une constitution assez bonne, autrefois robuste, mais affaiblie depuis quelque temps par le chagrin et des maladies fréquentes, éprouva dans le courant de mai 1797 de légers picotements vers la partie inférieure du pharynx. Pendant quinze mois, les picotements ne se firent sentir que tous les deux ou trois jours, mais au bout de ce temps, ils se changèrent en une douleur réelle et continue ; elle éprouva alors de la difficulté à avaler, surtout les aliments solides. La déglutition devint de jour en jour plus difficile, et fut entièrement supprimée le 9 octobre 1799. La malade, privée tout à fait d'aliments pendant sept jours, tourmentée par une faim dévorante, que ne pouvait apaiser la faible ressource des lavements nourrissants, s'éteignait sensiblement, lorsqu'elle fut conduite chez moi par un jeune médecin, aux soins duquel elle s'était confiée.

L'indication la plus pressante était de nourrir la malade. Je me décidai sur-le-champ à introduire par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage, une sonde de gomme élastique, sans stylet. La sonde pénétra aisément jusqu'au commencement de l'œsophage ; mais elle fut arrêtée dans cet endroit-là par un obstacle insurmontable. Je substituai à cette sonde une algalie d'argent, laquelle pénétra après une forte résistance. De l'eau tiède fut injectée avec précaution au moyen d'une seringue.

La sensation agréable qu'éprouva la malade fit con-

naître que l'eau était parvenue dans l'estomac. J'injectai de suite une assez grande quantité de bon bouillon; après quoi, la sonde d'argent, dont la présence dans la bouche était très incommode, et qu'il était très difficile de fixer, fut retirée. Il était impossible de songer à répéter plusieurs fois par jour son introduction dans l'œsophage rétréci. Je pensai qu'il fallait porter par la bouche, dans l'œsophage, une sonde de gomme élastique, garnie de son stylet, et après avoir retiré celui-ci, ramener l'extrémité de la sonde dans les fosses nasales. Voici comment je parvins à exécuter ce projet : la malade étant assise sur une chaise, la tête inclinée en arrière, je portai dans la narine gauche la sonde de Bellocq ; le ressort étant parvenu dans la bouche, un fil ciré, en plusieurs doubles, fut attaché sur le bouton qui le termine. Le ressort fut ramené dans la sonde; celle-ci retirée de la fosse nasale, entraîna le fil au dehors. Les deux bouts de ce fil, l'un sortant par la bouche, et l'autre par la narine, furent retenus sur la joue par un aide. J'abaissai alors la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, et je portai dans le pharynx une sonde de gomme élastique, de grosseur moyenne, garnie de son stylet, et percée sur le côté à l'extrémité qui devait se trouver en haut. Cette sonde, dirigée un peu à gauche et poussée avec force, franchit le rétrécissement de l'œsophage. Le stylet fut retiré. Le bout de fil qui sortait par la bouche fut engagé dans l'ouverture latérale de la sonde, et fixé à son extrémité supérieure. J'enfonçai la sonde dans l'œsophage jusqu'à ce que son bout supérieur eût dépassé l'isthme du gosier ; saisissant alors le fil qui pendait hors

de la narine, je le tirai doucement, et avec lui l'extrémité de la sonde, qui fut placée de manière à dépasser de quelques lignes la narine ; elle fut assujettie au moyen d'un fil en plusieurs doubles, avec lequel je fis des circulaires autour de la tête, A l'aide de cette sonde on injecta dans l'estomac des aliments liquides toutes les fois que le malade le désira.

Pendant les cinq premiers jours, la sonde causa un peu d'irritation ; le sixième, la malade cracha une matière puriforme. Ce crachement augmenta les jours suivants, et le dixième, la sonde commençant à vaciller, la déglutition naturelle d'une petite quantité de fluides put se faire. Le quatorzième, la malade ôta la sonde et avala facilement des liquides; mais six jours après, la déglutition était absolument impossible. J'introduisis alors une sonde plus grosse que la première ; elle servit à porter des aliments dans l'estomac ; mais elle fut sans effet pour la dilatation de l'œsophage. La malade, forcée de la porter pendant cinq mois, la sentit toujours également pressée. Cette constriction opiniâtre pouvant être le résultat d'une irritation nerveuse, on prescrivit des bains tièdes qui ne produisirent aucun effet. Privée d'aliments solides, et tourmentée presque continuellement par la faim, malgré la grande quantité de liquides nourrissants injectés dans l'estomac, la malade s'affaiblit par degrés, et mourut le 2 avril 1800, près de trois ans depuis le commencement de sa maladie. L'ouverture du corps ne fut point faite.

Plus près de nous Gerdy (Annales de thérapeutique,

t. IV, page 267), Leroy d'Etiolles, cité par Follin, dans sa remarquable thèse d'agrégation sur le rétrécissement de l'œsophage, publiée en 1853, citent des exemples de rétrécissements œsophagiens traités par des sondes à demeure de gros calibre.

Dans les cas précédents, l'instrument avait toujours été introduit par la bouche, et ce n'est qu'accessoirement dans les cas où l'instrument devait être laissé à demeure qu'on l'avait fait repasser par le nez. Chez les aliénés, Esquirol eut l'idée, pour la première fois, d'introduire pour les alimenter, des sondes par les fosses nasales, procédé qui devait conduire M. Blanche à préconiser, en 1848, dans sa thèse inaugurale, l'emploi d'un mandrin articulé destiné à rendre cette opération inoffensive. En 1845, Watson (Journal de chirurgie, t. III, p. 339), suivant l'idée d'Esquirol, appliqua la sonde à demeure chez un opéré d'œsophagotomie et l'introduisit par les fosses nasales.

Observation II.

(Watson. Journal de chirurgie, t. III, p. 339.)

J... A..., âgé de 24 ans, ayant joui jusque-là d'une assez bonne santé, fut pris, vers la fin d'octobre 1843, d'une toux qui dura une semaine ou deux, et laissa après elle une gène marquée de la déglutition. Comme il avait toujours eu ce qu'il appelait le gosier étroit, il ne fit pas d'abord grande attention à cette dysphagie ; mais comme elle devenait plus marquée, au point de l'obliger fréquemment à se lever de table, et même bientôt à manger seul et avec beaucoup de précautions, il consulta un

chirurgien de Boston qui prescrivit l'introduction d'une sonde dans l'œsophage, l'application d'un vésicatoire au-devant du cou, et des frictions avec la pommade d'iodure de potassium. Ce traitement fut suivi pendant quelques semaines sans procurer aucun soulagement.

Vers le 1er janvier 1844, la dysphagie avait augmenté au point que les aliments solides ne pouvaient plus être ingérés, et la nourriture ne dut plus se composer que de substances molles et liquides. Il vint à New-York vers le milieu de janvier. Le chirurgien auquel il s'adressa crut être parvenu à introduire un cathéter uréthral au delà de l'obstacle. Mais lorsque je vis le malade le 19 janvier, il était complètement impossible de faire franchir l'obstacle à un instrument, quelque délié qu'il fût. Une sonde de gomme élastique, introduite par la bouche, rencontrait le rétrécissement à la distance de sept pouces, à partir des dents incisives supérieures. Le malade ne prenait plus que des liquides; il était amaigri et affaibli ; il rendait fréquemment par la bouche des gorgées de salive et de mucus, ces fluides ne pouvant pénétrer jusqu'à l'estomac. La glande thyroïde était plus volumineuse que dans l'état normal, et il existait au-dessous du maxillaire inférieur quelques engorgements ganglionnaires. La gorge n'offrait aucune trace d'inflammation, je commençai à lui faire prendre chaque jour 15 grains d'hydriodate de potasse en solution; je lui fis appliquer des vésicatoires au cou, et recommanmandai le lait pour nourriture. Je fis de nombreuses tentatives pendant plusieurs jours pour faire pénétrer une sonde; je variai de mille manières mes essais, mais

sans aucun succès. Le 27 janvier, je fis parvenir sur le rétrécissement une sonde garnie de nitrate d'argent fondu. Cela détermina de la douleur et parut plutôt augmenter que diminuer les accidents.

Dans une consultation qui eut lieu à la fin de janvier, il fut décidé que l'on ferait l'opération qui était indiquée, mais le malade désira qu'elle fût différée jusqu'à l'arrivée de ses parents ; en attendant, il fallut avoir recours aux lavements nutritifs, qui eurent pour effet de relever le pouls et de diminuer la fièvre ; mais ils occasionnaient quelquefois des coliques et de la diarrhée, surtout lorsqu'ils étaient salés.

L'œsophagotomie fut pratiquée le 12 février. Ayant ouvert le conduit œsophagien, le chirurgien trouva que l'obstacle siégeait immédiatement au-dessous de son incision et à portée du doigt. Pour l'inciser sans risquer de blesser l'artère thyroïdienne ascendante, il pensa qu'il fallait procéder de dehors en dedans, et pour cela, ainsi que pour se donner plus de place, il incisa en travers le muscle sterno-mastoïdien, et abaissa le bord supérieur de la glande thyroïde. En ce moment, le nerf récurrent fut mis à nu, et l'un des rameaux de l'artère thyroïdienne supérieure, au moment de son entrée dans la glande, fut divisé : ce fut la source de la seule hémorrhagie un peu notable qui eut lieu pendant l'opération. Après beaucoup de difficultés et de temps, on put enfin opérer la division de la partie rétrécie de l'œsophage, au moyen d'une incision d'au moins un pouce et demi, intéressant toute l'épaisseur de sa paroi. L'obstacle, autant qu'on en put juger dans le moment, paraissait pro-

duit par une simple induration avec contraction de cinq à six lignes au plus d'étendue. La surface de l'œsophage était lisse et avait sa coloration normale. Une sonde œsophagienne du plus gros calibre fut introduite à travers la plaie, et servit à faire arriver dans l'estomac un verre de vin et plus tard un copieux potage à l'arrow-root.

Le lendemain, il n'existait pas de fièvre ; le pouls était moins fréquent que le matin avant l'opération. Il y avait un peu d'altération de la voix, mais point de dyspnée. La salive coulait abondamment par la plaie. Il ne survint aucun symptôme grave à la suite de l'opération. La sonde fut laissée en place jusqu'au sixième jour; elle fut remplacée par une sonde passée par la narine gauche. La plaie fut réunie par des bandelettes agglutinatives pour favoriser la réunion. La sonde détermina d'abord de la gêne, des épistaxis et de la rougeur de l'œil gauche ; mais ces légers accidents disparurent bientôt, et le malade put commencer à se promener un peu. La plaie se rétrécit, et l'ouverture de l'œsophage pouvait à peine admettre un stylet fin. Mais le malade, sans éprouver aucun symptôme mauvais, ne prenait pas d'embonpoint, il restait faible, son pouls était à 100.

Plus tard, il fut pris de dyspnée ; on retira la sonde, et quand il fallut la replacer, il survint une si forte suffocation, qu'il fallut y renoncer. Les accidents furent calmés, et l'on essaya de nouveau d'introduire une sonde qui pénétra sans difficulté derrière le larynx ; mais elle fut arrêtée au-dessous ; il fallut rompre avec l'extrémité d'un stylet la cicatrice encore délicate de la plaie œso-

phagienne, et introduire par cette voie une sonde de gomme élastique qui servit à faire arriver dans l'estomac un peu d'arrow-root et du vin. On continua les jours suivants à nourrir le malade de la même façon. Les forces revinrent bientôt et il put sortir et se promener.

Le 16 avril, étant sorti à cheval, il fut repris de dyspnée. Le 22, elle était fort intense avec douleur et tuméfaction des parties. Ces symptômes augmentèrent, et dans la soirée, la suffocation était imminente. Cependant on parvint à calmer cet accident; mais il reparut avec tant de violence, que le 8 mai, on se décida à faire la trachéotomie. L'opération ne procura qu'un soulagement temporaire : la dyspnée revint, la diarrhée colléquative s'établit, et la mort eut lieu le 14 mai.

L'autopsie, pratiquée huit jours après la mort, fit reconnaître un peu d'hépatisation du côté du poumon droit, et dans le poumon gauche quelques points contenant du pus disséminé; dans la plèvre droite, une exsudation pseudo-membraneuse récente.

Le pharynx de la partie supérieure de l'œsophage était largement ulcéré. La surface de cette ulcération était irrégulière et d'une couleur verdâtre, ses bords étaient déchirés et inégaux; elle était comme encadrée dans un dépôt tuberculeux, de couleur jaunâtre, formé de tubercules distincts et de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une muscade. L'œsophage communiquait en ce point avec la trachée par deux ouvertures, l'une située au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde, l'autre environ deux pouces plus bas.

L'œsophage, au-dessus de l'incision faite à sa paroi,

était ulcéré et inégal ; au-dessous il était sain. Les parties ulcérées présentaient plusieurs trajets fistuleux qui pénétraient dans les parties voisines et entre les muscles. Le tissu cellulaire de la région cervicale était induré par suite d'inflammation.

Comme on le voit d'après cet historique emprunté à un intéressant rapport que fit M. Lannelongue en 1881, à la Société de chirurgie, l'usage des sondes à demeure introduites ou non par les fosses nasales, était depuis longtemps connu et mis en pratique, lorsque M. Krishaber vint de nouveau dans ces dernières années en préconiser l'emploi dans les lésions organiques ou inflammatoires du pharynx et de l'œsophage.

Certes, il eut le mérite incontestable de tirer de l'oubli un procédé abandonné et auquel on ne songeait plus ; mais, d'autre part, il eut peut-être le tort d'en trop généraliser l'emploi et il appartenait à un chirurgien éclairé, M. Lannelongue, de formuler à ce sujet de sérieuses réserves.

Pour terminer ce court historique, nous dirons que M. Verneuil, le premier, eut la pensée d'appliquer le procédé rajeuni de Krishaber à l'alimentation des opérés d'épithélioma de la bouche.

Les chirurgiens que nous avons cités, M. Krishaber lui-même, n'avaient appliqué le tube que dans des cas de rétrécissement inflammatoire ou organique de l'œsophage. M. Verneuil l'utilisa le premier dans des cas où l'alimentation est rendue impossible, non par la coarctation de l'œsophage, mais par gêne mécanique de la dé-

glutition ou par la répulsion qu'éprouvent pour les aliments des sujets qui ont dans la bouche une ulcération sanieuse ou une plaie opératoire. Bien que le principe en soit le même, il faut bien reconnaître que l'application en est nouvelle.

Aussi croyons-nous rendre hommage à la vérité en déclarant que M. Verneuil doit être considéré comme l'auteur d'un procédé qui devra rendre de grands services dans le traitement chirurgical du cancer de la langue.

Du reste, M. Lannelongue a déclaré dans la discussion qui a suivi la lecture de son rapport, que M. Verneuil avait été le premier à se servir de sondes molles en caoutchouc vulcanisé, et que, d'autre part, les observations de M. Krishaber sont toutes récentes et bien postérieures à la première tentative de M. Verneuil.

Nous croyons qu'il y a intérêt à reproduire les observations de Krishaber qui font la base de son travail et de les faire précéder de celle intéressante de M. Verneuil, publiée en 1881 dans la thèse de Guiller.

Observation III.

(M. Verneuil, publié dans la thèse de Guiller, 1881.)

Ch... (L.), âgé de 41 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 14, le 14 février 1881, dans le service de M. le professeur Verneuil.

Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend qu'il a eu à 5 ans une fièvre muqueuse. Il était sujet aux amygdalites ; on lui fit l'ablation des amygdales à l'âge de

14 ans. Pas d'antécédents syphilitiques. C'était un grand fumeur, il fumait la pipe, il a cessé depuis huit mois environ. Il y a six mois, le malade raconte qu'il a éprouvé des maux de tête intolérables, qu'il éprouvait une très grande faiblesse dans les jambes, qu'il avait complètement perdu l'appétit ; il fut obligé de garder le lit quelque temps ; de plus, il nous apprend qu'à cette époque il fut pris d'un délire qui se prolongea pendant trois jours. Cet homme est probablement alcoolique, il accuse en effet avoir bu en assez grande quantité il y a quelques années, et ne prenait ni absinthe ni alcool ; sa boisson favorite était le vin. Nous l'avons prié d'étendre les mains et d'écarter les doigts ; nous n'avons pas constaté de tremblement.

Il y a deux ans, le malade nous dit qu'il s'aperçut de la présence d'une petite tumeur grisâtre, grosse comme une lentille, siégeant à gauche du frein de la langue, sur le plancher de la bouche. Cette grosseur augmente peu à peu et atteint la dimension de l'extrémité du petit doigt. On constate aujourd'hui que la tumeur a envahi la partie latérale gauche de la langue, sa partie antérieure et le plancher de la bouche du côté correspondant. Il y a dix-huit mois, le malade salivait abondamment, et quand il approchait un liquide quelconque de ses lèvres, il était aussitôt pris d'une douleur vive au niveau des branches montantes de la mâchoire inférieure. Depuis quatre mois, c'est-à-dire vers la fin d'octobre, le malade éprouva des élancements dans sa tumeur, des douleurs violentes s'irradièrent vers les oreilles, et quelque fois même jusque vers la poignée du sternum. De-

puis cette époque, la déglutition et la mastication devinrent très difficiles et excessivement pénibles. Le malade nous décrit avec beaucoup de précision ses sensations : il ressentait, dit-il, dans toute la bouche, des picotements semblables à ceux que produiraient des piqûres faites avec des aiguilles; ces douleurs augmentaient d'intensité, et à un moment donné, il éprouvait une brûlure générale dans toute la cavité buccale. A ce moment, il se rendit à la consultation à l'Hôtel-Dieu ; on lui ordonna le gargarisme suivant : sublimé et chlorhydrate d'ammoniaque 15 centigrammes de chaque ; eau distillée 300 grammes. A l'intérieur, il prit pendant trois semaines de l'iodure de potassium à la dose d'une cuillerée à bouche par jour. Presque aussitôt les ganglions apparurent de chaque côté, et cela au mois de décembre. Depuis le mois de novembre, il salive abondamment, il remplit dans les vingt-quatre heures la valeur de 12 crachoirs de malade. Le liquide sécrété se compose d'une salive blanchâtre, visqueuse, sans odeur particulière.

Aujourd'hui, le malade se plaint de la faim ; en effet, depuis quatre mois, il se nourrit difficilement, il ne peut avaler que des bouillons, des potages et quelquefois un peu de purée de pommes de terre ; il lui est impossible de mâcher même du pain. Aussi le malade dit-il qu'il a maigri énormément ; depuis quatre mois il aurait perdu une trentaine de livres de son poids. Il pèse actuellement 105 livres. Le malade dort très peu, il n'accuse que trois heures de sommeil par nuit ; une fois qu'il est réveillé, il lui est impossible de s'endormir de nouveau, car il est tourmenté par les brûlures qu'il ressent dans toute la

bouche. Il y a dix jours, le 4 janvier, il se produisit du côté des ganglions et à droite une hémorrhagie assez notable, d'une odeur fétide, un quart de verre environ. Le 10 janvier, il se fit aussi une hémorrhagie du côté gauche, mais moins abondante. Enfin, le 12 janvier, la tumeur cancéreuse du plancher de la bouche dont l'ulcération progressait tous les jours, provoqua une hémorrhagie plus considérable que les deux premières. Les selles sont régulières. La température est normale. Les urines sont légèrement colorées, mais elles ne renferment ni sucre, ni albumine.

En priant le malade d'ouvrir la bouche, ce qu'il exécute avec assez de difficulté, on constate que toute la partie antérieure du plancher de la bouche est occupée à droite du frein de la langue, lui-même détruit par une ulcération profonde qui se trouve en contact avec la face postérieure du maxillaire inférieur, et la fibro muqueuse qui tapisse cette face paraît intéressée.

A gauche du frein de la langue existe une saillie dure, d'un rouge vif, certainement formée par la glande sublinguale correspondante, envahie par l'épithélioma. La langue elle-même est beaucoup plus volumineuse dans sa moitié droite également envahie par le néoplasme. Elle a perdu de sa mobilité, et elle est retenue sur le plancher de la bouche qu'elle recouvre très complètement, de sorte que l'exploration des gouttières sublinguales est difficile; sur le bord gauche de la langue, on constate des ulcérations qui paraissent être d'origine mécanique. La pointe est encore morbide et peut être relevée, ce qui permet de voir la partie la plus an-

térieure du plancher : la base de la langue et le voile du palais sont indemnes. Dans chaque région, sous-maxillaire, on constate l'existence d'au moins un ganglion, du volume d'une amande. Dans la gaine des vaisseaux, au contraire, nous ne percevons aucun engorgement ganglionnaire.

Pour prévenir la très grande difficulté qu'éprouve le malade à se nourrir après l'opération, et aussi en raison du déplorable topique que forment les aliments, lait, vin, bouillon, introduits par la bouche et restant en contact presque permanent avec la plaie, au fond de laquelle ils séjournent et s'altèrent rapidement, M. Verneuil résolut d'habituer le malade à la présence d'une sonde en caoutchouc rouge, introduite dans le pharynx par la voie nasale, et qu'on laissera à demeure le temps nécessaire (c'est le premier essai de ce genre qui ait été fait dans une semblable opération.) Le premier jour, le malade ne l'a guère tolérée qu'une demi-heure ; le second jour, il la conserva trois heures, le troisième jour, six heures, et le matin de l'opération, il la portait depuis deux jours et deux nuits consécutifs.

L'opération fut exécutée le 21 février. M. Verneuil démontra tout d'abord en quelques mots l'impossibilité qu'il y aurait à opérer par les voies naturelles, et même par le seul procédé de Regnoli : la région sus-hyoïdienne devra bien être ouverte parce que les ganglions sous-maxillaires sont pris des deux côtés; mais cette voie ne serait pas suffisante, parce que, ainsi que nous l'avons dit dans l'observation, la gencive qui recouvre la face interne du maxillaire participe à l'ulcération. Il faudra donc joindre

à cette opération préliminaire la section du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, telle que la pratiquèrent Roux et Sédillot. De cette façon on aura un large accès dans la cavité buccale, dont tout le plancher doit être enlevé ; et il sera possible de détruire en même temps que les insertions de la langue à l'os maxillaire, la portion de gencive et de périoste qui a été envahie. Le malade étant chloroformé, on procède à l'opération. M. le professeur Verneuil, se proposant tout d'abord d'aller à la recherche de la glande sous-maxillaire et des ganglions qui lui sont accolés, fait une incision qui part de la symphyse du menton, suit le bord du maxillaire jusqu'à l'angle de la mâchoire. Deux artérioles sont pincées à la glande sous-maxillaire et mises à découvert.

La glande sous-maxillaire gauche et les ganglions contenus dans sa gaine sont facilement énuclées avec les doigts, et bientôt elle n'est plus retenue que par son extrémité postérieure, où l'on reconnaît facilement le cordon formé par les vaisseaux maxillaires externes, qui est sectionné entre deux ligatures.

L'excision de la glande et des ganglions est alors complétée sans aucune effusion de sang. La même opération est répétée à droite sans plus d'incidents. Le lambeau triangulaire ainsi détaché était encore retenu en haut par sa pointe; M. Verneuil achève de le détacher et procède à la section de la lèvre inférieure et des téguments du menton sur la ligne médiane. On comprend qu'alors la région sus-hyoïdienne soit très largement ouverte et la partie médiane du maxillaire complètement à nu. Il ne reste pour achever ces temps préliminaires qu'à faire la

section de la symphyse du maxillaire. Mais auparavant, en raison de la difficulté qu'on éprouve d'habitude à faire à travers l'os les ouvertures destinées à laisser passer les fils de la suture osseuse, quand les deux moitiés sont séparées et mobiles, M. Verneuil fait à travers le maxillaire de chaque côté de la ligne médiane deux trous avec le perforateur. Une dent est arrachée. Le plancher est traversé derrière la symphyse par une sonde cannelée sur laquelle est conduit le stylet armé de la scie à chaine, et M. Verneuil commence la section. La manœuvre de la scie à chaîne, comme c'est assez l'ordinaire, est difficile et pénible, et alors le chirurgien abandonnant l'instrument achève la section avec l'aide de la gouge, suivie d'un coup de cisaille de Liston.

Chaque moitié du maxillaire étant successivement saisie et écartée par un aide, M. Verneuil en détache avec le thermocautère les parties molles qui s'y insèrent, il abrase la face interne de l'os, en enlevant tout ce qui paraît malade. Ce temps de l'opération étant terminé, grâce à la plaie sus-hyoïdienne d'une part, au large écartement des deux moitiés de l'os maxillaire d'autre part, une vaste ouverture découvrant la langue dans sa totalité, et permettant de l'attirer au dehors et d'en faire une ablation aussi large que l'on voudra.

Cet organe est en effet saisi par une pince de Museux, et attiré en avant et en haut pour permettre d'en détacher les insertions hyoïdiennes. Le chirurgien, pour opérer cette division des muscles hyoglosses, se sert du thermocautère qu'il manœuvre à petits coups et avec lenteur, de façon à découvrir l'artère linguale qui est

saisie et liée avant d'être coupée. Les attaches hyoïdiennes de la langue ayant été divisées ainsi de chaque côté, il ne reste plus qu'à détacher le corps de l'organe en arrière. Nous avons vu dans la description des lésions que c'était surtout la pointe qui avait été envahie; mais dans le double but de dépasser certainement les limites du mal, et d'éviter la rétraction consécutive d'un trop gros moignon de la langue qui a été signalée comme une cause d'obstacle ultérieur à la respiration, M. Verneuil enlève au moins les trois quarts antérieurs de la langue, et pour que la portion de la base qui reste au-dessus de l'épiglotte n'aille pas se renverser en arrière, il la fixe par un point de suture au lambeau cutané sus-hyoïdien. L'opération s'est ainsi faite méthodiquement, sans incident aucun, on peut dire sans perte de sang appréciable et par conséquent sans qu'il y en ait d'épanché dans les voies respiratoires.

La durée de l'opération jusqu'à ce moment a été de quarante-cinq minutes. On réunit alors les deux moitiés du maxillaire au moyen d'un double fil d'argent, passé dans les ouvertures faites par le perforateur et d'un autre fil fixé aux deux incisives voisines. Les téguments sont rapprochés et suturés dans toute leur étendue, excepté vers les deux angles postérieurs de l'incision, par lesquels on introduit un drain qui conduit à travers la cavité et l'orifice de la bouche.

Un pansement phéniqué est appliqué, et l'on aura soin de faire l'application régulière de la méthode antiseptique adoptée aux plaies cavitaires, c'est-à-dire injections,

pulvérisations, gargarismes répétés de solutions chloralées. Il va sans dire que toutes les boissons alimentaires et autres seront introduites par la sonde œsophagienne mise en demeure.

L'opéré est dans un état très satisfaisant. Il a eu 40° de température, le soir de son opération, 39,2 ; le lendemain matin, 37,8; le soir, le troisième, c'est-à-dire le 23 février, la température était de 38,5 le matin et de 38,8 le soir; le 24 février, 37,4 le matin et de 37,8 le soir ; enfin, le 25 février la température se maintient à 37,6. C'est là du reste le rhythme de la température des premiers jours dans les plaies cavitaires.

Le 23 février. Le malade se plaint d'être oppressé ; on ausculte, rien à la respiration, qui est normale.

Le 24. L'oppression persiste et surtout pendant la nuit. Cet inconvénient disparaîtra bientôt ; en effet, la gêne de la respiration est due à une cause mécanique : le tronçon de langue qui avait été respecté par le thermo-cautère et retenu par un fil fixé à la plaie cutanée, se renverse en arrière, car le fil qui maintenait le tronçon de langue sort coupé; c'est ce qui explique pourquoi le malade, penché en avant dans le cours de la journée, respire plus facilement, tandis que la nuit la tête reposant sur l'oreiller et le tronçon de langue n'étant plus maintenu en avant par l'inclinaison de la tête, se renverse en arrière et gêne la respiration. Cet inconvenient sera du reste de courte durée ; en effet, les granulations et les bourgeons charnus, en se développant, fixeront bien mieux que n'importe quelle suture le tronçon de langue, et la gêne de la respiration disparaîtra.

Grâce à la présence de la sonde œsophagienne à demeure, le malade se nourrit très bien. Il est facile en effet au premier venu d'ingérer par la sonde toutes sortes de liquides alimentaires, non seulement du riz, du bouillon, du lait, mais encore des œufs délayés et du jus de viande.

Du côté de la plaie, tout se comporte pour le mieux. Les lèvres de la suture restent parfaitement appliquées l'une à l'autre, sans trace de rougeur et de gonflement.

Le 27 février. Le malade va aussi bien que possible.

Le 2 mars. Le malade a eu 36,8. Cette descente s'explique par un accident qui est arrivé dans la nuit à deux heures du matin. Le malade a eu, ce qui du reste est fréquent à la suite de ces opérations, une hémorrhagie assez notable. Cette hémorrhagie s'arrêta d'elle-même, et dans les efforts que fit le malade, la sonde fut chassée de l'œsophage. La sonde œsophagienne a été remise en place.

Le 5 mars. Le malade a eu 38°. A la visite du matin, le facies est bon, la nuit a été excellente et il vous répond en souriant quand on l'interroge qu'il est très satisfait de son opération. La sonde œsophagienne ne l'incommode en aucune façon.

Observation IV.

(Krishaber. Travail présenté à la Société de chirurgie, 1880, rapport de M. Lannelongue).

Sonde œsophagienne restée à demeure pendant 305 jours.

Mme X..., âgée de 50 ans, est atteinte d'une tumeur maligne de l'entrée de l'œsophage et du larynx. Cette

femme, qui m'avait été adressée par le Dr Gonnard, présente un rétrécissement tellement serré et chaque cathétérisme est si mal supporté, qu'après deux ou trois séances je renonce à le pratiquer, et je place une sonde à demeure le 2 juin 1870.

Dans les premiers jours qui suivirent l'introduction de l'instrument, il survint un certain degré de coryza avec rougeur du nez et douleur s'irradiant vers la tête; mais peu à peu la tolérance fut obtenue, et bientôt le malade n'accusa plus de gêne. L'alimentation se fit normalement et sans encombre. Il est à peine utile d'ajouter que la tumeur cancéreuse qui avait nécessité le cathétérisme suivit sa marche progressive. La malade succomba trois cent-cinq jours après la mise en place de sa sonde, sans que celle-ci se fût jamais déplacée.

Observation V.

(Krishaber. Loco citato.)

Sonde œsophagienne restée à demeure pendant 46 jours.

M. X..., âgé de 59 ans, m'est confié par M. le Dr Boggs; il est atteint de goitre suffocant pour lequel j'avais pratiqué quelque temps auparavant la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, au-dessus de la tumeur qui eût rendu la trachéotomie impossible. Le goitre s'étant enflammé et abcédé, l'œsophage se trouvait comprimé en même temps que la trachée, et le passage des aliments solides et liquides fut intercepté. C'est dans ces conditions que je parvins, après bien des difficultés, à franchir l'obstacle œsophagien avec une sonde mince, mais suffisante toute-

fois pour permettre l'injection d'aliments délayés. La sonde avait été introduite par l'une des narines et ne fut plus retirée. La tumeur s'abcéda et s'ouvrit. Le quarante-cinquième jour il survint un frisson précurseur de l'infection purulente, et le malade succomba le lendemain. La sonde avait été gardée quarante-six jours, et l'alimentation avait pu être faite amplement par ce moyen.

A l'autopsie, je pus constater l'existence de deux tumeurs parties du corps thyroïde : l'une, antérieure comprimant la trachée ; la seconde, postérieure, aplatissait l'œsophage contre la colonne vertébrale.

Il est évident que dans ce cas la mort fut arrivée par inanition dès les premiers jours qui suivirent la laryngotomie, sans le secours de la sonde œsophagienne à demeure.

Sans l'accident qui survint, le malade eut guéri.

Observation VI.

(Krishaber. Loco citato.)

Sonde œsophagienne restée à demeure pendant 165 jours.

M..., 68 ans, marchand de charbons, est atteint depuis dix-huit mois d'un cancer de l'œsophage se révélant par une dysphagie qui n'a fait que s'accroître, malgré les traitements les plus divers. En décembre 1880, il vient de la part de M. le Dr Martignac, me consulter pour la première fois. La déglutition des aliments solides est impossible depuis plusieurs mois déjà ; les aliments liquides même passent avec la plus grande diffi-

culté. Je pratique séance tenante le cathétérisme de l'œsophage à l'aide d'une sonde ordinaire dont l'introduction est difficile et douloureuse. Pendant deux mois environ, le cathérisme fut répété par M. le Dr Martignac deux fois par jour, à l'aide d'une sonde en gomme, de façon à permettre l'alimentation. Chaque séance est accompagée de douleurs vives; le malade rejette des mucosités teintes de sang, et ce n'est qu'après bien des tâtonnements qu'on parvient à franchir l'obstacle ; malgré ces cathétérismes, la coarctation ne fait qu'augmenter; enfin, le 7 février 1881, rappelé auprès du malade, je me décide à laisser une sonde à demeure. A partir de ce moment, le malade jouit d'un bien-être relatif. Son état général, très mauvais, semble s'améliorer pendant quelque temps. Malgré le petit calibre de la sonde introduite, on parvient à faire absorber au malade par jour deux litres de lait et six œufs crus délayés dans ce liquide. Le 15 mai, dans la nuit, M..., pris de délire, retire sa sonde. Appelé le lendemain, je ne pus la réintroduire qu'avec beaucoup de peine. J'y parvins cependant. A partir de ce jour, l'état général du malade devient de plus en plus mauvais; une salivation très abondante se montre, des crachats de sang pur sont rendus parfois; la face prend une teinte pâle, indice d'une cachexie avancée. Le malade succombe le 31 juillet.

La sonde œsophagienne était restée en place cent soixante-cinq jours.

Observation VII.

(Krishaber. Loco citato.)

Sonde œsophagienne, placée le 31 mars 1881. Elle est encore à demeure lors de la publication de ce mémoire, le 15 novembre 1881, soit depuis 251 jours.

M..., huissier, 51 ans, éprouve depuis un an une gêne sans cesse croissante de la déglutition, en même temps que des douleurs assez vives à la partie antérieure du cou. Lorsqu'il vient me consulter pour la première fois de la part de M. le Dr Michiel, en mars 1881, les aliments solides ne pouvaient plus être déglutis qu'avec peine.

Le cathétérisme de l'œsophage permet de constater un obstacle siégeant à 22 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage. Des olives d'un très petit calibre peuvent seules être introduites; après le troisième cathétérisme, le malade refuse de s'y soumettre encore, tant cette opération lui est pénible.

Le rétrécissement ne faisant que s'accentuer de jour en jour, je me décide, le 31 mars, à introduire une sonde en gomme par l'une des narines (droite) et à la laisser à demeure. Le 19 avril, je la retire pour la remplacer par une autre de calibre plus considérable, et je constate qu'elle n'est altérée dans aucun point. Le 17 mai, je substitue à la sonde en gomme une sonde en caoutchouc rouge de 1 centimètre 1/2 de diamètre. Cette sonde n'est plus changée; l'alimentation se fait d'une façon régulière; le malade augmente de poids.

La sonde œsophagienne est en place depuis deux cent cinquante et un jours.

INDICATIONS DU PROCÉDÉ.

La difficulté de l'alimentation chez les opérés n'est pas à discuter, et comme nous l'avons indiqué dans un premier chapitre, c'est assurément une des causes les plus importantes de la mortalité excessive après l'opération.

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport de M. Lannelongue (*Soc. de chir.*, séance du 2 mars 1881), M. Verneuil n'a pas hésité à attribuer à l'inanition le dépérissement profond qu'éprouva au sixième jour un de ses malades, ainsi que la désunion des lèvres de la plaie.

L'inanition est le résultat de l'impossibilité où se trouvent les malades d'accomplir la déglutition. La volonté la plus énergique de leur part ne tarde pas à être vaincue par l'extrême souffrance que leur fait éprouver l'ingestion des aliments. Quelques-uns préfèrent renoncer à toute tentative, et le malade déjà cité de M. Verneuil resta du cinquième au huitième jour sans vouloir prendre aucune nourriture et succomba au bout de ce temps.

L'emploi du biberon ne laisse pas que d'être douloureux ; pour être utile il faut l'introduire très profondément et faire une manœuvre, très douloureuse par elle-même, sinon les liquides tombent dans la bouche, et les difficultés de la déglutition persistent tout entières. Mais il y a plus : soit que les liquides n'aient pas pénétré, soit qu'ils aient été rejetés involontairement par le malade, ils séjournent toujours en quantité variable dans le fond de la plaie.

Le drainage et les lavages sont insuffisants à l'en débarrasser, et, sans parler de la gêne apportée par ces corps étrangers à la cicatrisation, la fermentation putride qui résulte de leur stagnation crée un foyer de résorption septique dangereux pour les malades.

L'alimentation artificielle s'impose et l'on comprend dès lors pourquoi la nouvelle méthode a rallié de suite la majorité des chirurgiens.

Dans cette même discussion si souvent citée, M. Trélat déclare accepter sans réserve le procédé en question et cite deux malades qu'il a perdus et dont il attribue la mort à l'impossibilité où il s'est trouvé de bien assurer leur alimentation.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Une première question doit se poser.

Les manœuvres du cathétérisme sont-elles possibles chez l'opéré. Dans le cas contraire comment y remédier ? La réponse est toute simple : il faut, selon la pratique actuellement acceptée, préparer avant l'opération le malade au cathétérisme. Chassaignac pensait ainsi lorsqu'il disait qu'avant de pratiquer l'opération, il fallait habituer le malade à l'introduction du cathéter. C'est là en effet une pratique sage, car aujourd'hui qu'on connaît mieux qu'avant l'importance de cette question, on doit énergiquement refuser l'intervention à tout malade réfractaire à ce mode d'alimentation.

Le malade qui fait l'objet denotre deuxième observation était pris de spasmes œsophagiens et d'accès de

suffocation dès qu'on introduisait le cathéter : l'opération projetée fut abandonnée.

Voici du reste l'observation de ce malade :

Observation VIII.

(Communiquée par M. Picqué, chef de clinique.)

Le nommé Quétus (Léopold), âgé de 38 ans, garçon de bureau, entre le 9 octobre 1882, salle Sainte-Vierge, n° 43, dans le service de M. Berger, à la Charité. Ce malade est syphilitique et présente dans ses antécédents personnels quelques accidents strumeux qui se sont produits dans l'enfance; mais depuis la santé est constamment restée bonne. Il n'a jamais fumé.

Commémoratifs. — Il y a environ treize mois, le malade a remarqué à la partie moyenne et médiane de la langue, l'existence d'une petite crevasse ou ulcération non précédée de l'apparition de plaques blanchâtres ni accompagnée d'aucune tuméfaction. Cette lésion a constamment augmenté d'étendue et, peu après son apparition, est survenue une petite induration non douloureuse spontanément, mais qui occasionnait une gêne considérable au malade pour parler et surtout pour manger.

Un mois seulement après, sont apparues des douleurs nocturnes assez vives et s'irradiant vers l'oreille. Jamais du reste, cette induration ne s'est ulcérée ; il n'y a jamais eu ni suintement sanguin, ni sécrétion purulente.

Il fut opéré, il y a neuf mois, à Besançon; à ce moment il existait un engorgement ganglionnaire peu considérable; les mouvements de mastication et de déglutition

s'exécutaient difficilement. Le malade ne peut nous donner sur l'opération aucun renseignement. La cicatrice est restée toujours sensible : il y a trois mois, la tumeur a reparu.

Etat actuel. — La langue semble formée de deux portions, séparées par un sillon cicatriciel antéro-postérieur : mais elle est constituée en réalité par la portion droite qui est globuleuse et très manifestement indurée.

La portion gauche comprend elle-même deux parties dont la postérieure appartient encore à la langue et dont la partie antérieure est relevée dans toute son étendue. Les tissus sous-jacents sont indurés en avant, et présentent au contraire en arrière une molesse assez considérable.

Les bords de l'ulcération sont minces et offrent peu d'induration. Le fond n'est pas notablement déprimé ; il présente par place des points rougeâtres et grisâtres : il n'existe pas de bourgeonnement appréciable. Le sillon cicatriciel présente une légère induration qui se fusionne avec celle des parties voisines.

Le plancher buccal diffère notablemênt, selon qu'on l'examine à droite ou à gauche. A droite, il présente sa souplesse normale ; à gauche, au contraire, existe une induration en masse qui se confond avec celle que nous avons précédemment indiquée.

L'ulcération précitée sécrète peu et n'est le siège d'aucun saignement, mais le ptyalisme est considérable et l'haleine est fétide.

Il n'existe aucun engorgement appréciable des ganglions carotidiens, mais dans la région sous-maxillaire on observe deux ganglions dont l'un, situé en avant, pré-

sente le volume d'une petite cerise, et dont l'autre, situé tout à fait en arrière près de l'angle du maxillaire, offre des dimensins très petites. Ces deux ganglions sont mobiles. Il n'existe pas non plus de ganglions périlaryngiens.

Comme troubles fonctionnels, outre la douleur d'oreille qui est très marquée chez ce sujet, nous constatons une difficulté considérable de la déglutition apportant à l'alimentation un obstacle des plus marqués. L'état général est peu satisfaisant ; le malade a notablement maigri dans ces derdiers temps ; le sommeil est troublé par les douleurs qu'éprouve le sujet.

Le diagnostic d'épithélioma récidivé n'est pas douteux ; le seul point intéressant était de reconnaître, au point de vue d'une intervention, les connexions de la tumeur et d'apprécier l'étendue de l'envahissement ganglionnaire.

La généralisation n'est pas ici en cause, car elle est fort rare, et longtemps, sinon toujours, l'épithélioma buccal reste une affection locale. L'amaigrissement des malades trouvait son explication et dans la gêne mécanique de l'alimentation et dans les conséquences fâcheuses d'un ulcère cavitaire situé à l'entrée des voies digestives.

Pour toutes ces raisons, et bien que ce cas soit, en somme, un cas *limité*, M. Berger se proposa d'intervenir par l'opération de Regnoli, décidé à remplacer, au point de vue hémostatique, la section du maxillaire par la ligature préalable des deux carotides, ou plutôt à pratiquer cette ligature pour mieux assurer l'hémostase dans une opé-

ration très étendue, et préférant alors ne pas compliquer davantage l'opération par l'incision du maxillaire, commode peut-être pour faciliter l'extirpation, mais surtout appréciable au point de vue de l'hémostase et devenant par cela même moins utile dans le cas particulier.

M. Berger se proposait, d'autre part, d'amener la respiration par la trachéotomie préalable et l'alimentation par l'emploi du tube Faucher.

A cet effet, 2 ou 3 tentatives furent faites à l'aide d'une petite sonde en caoutchouc rouge n° 18; l'accoutumance fut impossible. Il y eut au début, et dès les quelques instants qui suivirent l'introduction, du spasme œsophagien et laryngien, caractérisé par des accès de suffocation qui ne cessaient que par le rejet de la sonde. Le bromure de potassium fut employé sans succès à la dose de 4 grammes, à titre d'anesthésique. Dès le surlendemain, le malade se refusa énergiquement à tout nouvel essai de cathéterisme et sortit sur sa demande le 15 octobre.

Voilà le premier point : le tube aura été placé dans les quelques jours qui précèdent l'opération ; de plus, le malade aura supporté sans atteinte à sa santé générale la substitution de l'alimentation artificielle à l'alimentation naturelle ; ce n'est que quand il aura subi cette double épreuve sans en souffrir qu'on sera autorisé à intervenir. Devra-t-on maintenant employer la sonde à demeure ou le cathétérisme répété à chaque repas? Autrefois on employait le cathétérisme répété. On ne peut résoudre cette question à l'avance, le degré de tolérance de l'œsophage doit en décider. Cette tolérance est assurément variable selon les sondes employées, mais peu nous importe ; la sonde

molle en caoutchouc rouge est suffisamment tolérée : les faits sont là qui le démontrent ; elle peut y séjourner presque indéfiniment ; la première malade de Krishaber la conserva facilement pendant 305 jours ; chez le deuxième, elle resta en place pendant 45 jours. La malade de Boyer avait conservé 150 jours une sonde en gomme élastique.

Il ne faut pas croire que cette tolérance dépende entièrement de la nature de la sonde employée : il faut faire intervenir le calibre, ce qui se conçoit aisément : les sondes trop volumineuses seront moins facilement tolérées que les sonde moyennes. M. Verneuil conseille l'emploi de sondes uréthrales du n° 18 de la filière Charrière.

Ce que nous devons retenir actuellement de tout ce qui précède, c'est que l'œsophage est tolérant pour des sondes de substance et de calibre déterminés, dans la grande majorité des cas ; néanmoins, comme chez un de nos malades il y eut au quatrième jour des spasmes, de l'œsophagite, l'on dut y renoncer.

Observation IX.

(Communiquée par M. Picqué, chef de clinique.)

Le nommé Herqué (Louis), âgé de 52 ans, cocher, entre le 22 juillet 1882, salle Sainte-Vierge, n° 7, dans le service de M. Berger, à la Charité.

Le 25 janvier dernier, M. Berger a pratiqué chez ce malade pour un vaste épithélioma, l'ablation de la moitié gauche de la lange et d'une partie notable du plancher de la bouche par le procédé Regnoli-Sédillot. Il quitta l'hôpi-

tal au mois de juin complètement guéri ; mais, à son départ, il présentait déjà une petite dureté sous la langue près du filet, du côté opposé à l'opération, c'est-à-dire à droite. Nous n'avons pas vu le malade à cette époque.

État actuel. — Du côté de la peau, on voit à gauche et sous le maxillaire la cicatrice de l'incision opératoire ; au niveau de la ligne médiane, et sur la cicatrice même, on constate une petite induration peu étendue, grosse comme une noisette, dont la pression est douloureuse. Il n'existe pas de ganglions dans la région. En ouvrant la bouche, on retrouve l'incision du maxillaire qui présente encore un peu de mobilité.

Au niveau du plancher de la bouche, sur la ligne médiane et aussi de chaque côté, on observe une large induration offrant deux prolongements, l'un qui s'avance dans le moignon de la langue presque jusqu'à la pointe, l'autre qui a des connexions considérables avec le maxillaire du côté opéré. Cette induration, quoique étendue, semble superficielle : elle glisse facilement sur les parties profondes. Le plancher n'est pas pris dans toute son épaisseur.

Il n'existe pas de suppuration intrabuccale ni d'ulcération, mais l'haleine est fétide, la salivation abondante. L'indolence est complète. La récidive est évidente, mais l'opération semble possible. On ne peut guère admettre une induration inflammatoire qui, si elle existe, est sans aucun doute mélangée à l'infiltration épithéliale. M. Berger se rallie du reste à cette opinion, et M. Després, qui a vu le malade, pense de même et conseille

l'intervention. La récidive marche avec rapidité. Déjà, le 28 juillet, il se produit une petite fistule au niveau de la cicatrice placée sous le maxillaire et il en sort une quantité peu abondante de pus.

M. Berger désire au préalable assurer l'alimentation, qui avait été très difficile lors de la première opération, et fait de ce point la condition *sine qua non* de l'intervention. Le mardi 15 août, on commence l'alimentation avec le tube de Faucher introduit dans les fosses nasales. Le tube est difficilement maintenu : il se produit du spasme de l'œsophage qui le rejette au dehors. Néanmoins après plusieurs essais, il reste en place et chaque jour on l'y maintient pendant une heure ou deux, en augmentant progressivement la durée du séjour. Dès le premier jour l'alimentation par la bouche avait été supprimée et le malade nourri avec des poudres et du jus de viande, du bouillon, du lait, etc.

Le 16, c'est-à-dire le lendemain de la première application, le malade se plaint de coryza et d'angine.

Le 17. Il y a un peu de fièvre : le thermomètre marque 38,2 ; il y a de la gêne dans les mouvements du cou et dans la déglutition.

Le 18. La fièvre a persisté. Il y a du coryza purulent, l'angine est très prononcée, mais on constate de plus de l'oppression précordiale. Le malade a beaucoup changé depuis trois jours : cependant, l'alimentation est bien supportée : il n'y a ni diarrhée ni vomissement.

Le 19. L'oppression précordiale persiste ; M. Berger diagnostique une œsophagite inflammatoire et, craignant qu'elle ne devienne suppurée et ne s'accompagne de

périœsophagite, retire provisoirement le tube et cesse l'alimentation artificielle.

Dans les jours qui suivent, les accidents se sont considérablement amendés jusqu'à disparaître complètement, mais l'amaigrissement ayant fait chaque jour de nouveaux progrès, ainsi que la plaque indurée, M. Berger renonça définitivement à l'opération.

Le malade est resté ainsi deux mois à l'hôpital ; les désordres locaux prirent une extension considérable, une large fistule se produisit au niveau du cou et le malade mourut de cachexie le 16 octobre.

L'autopsie a révelé un fait déjà connu, mais fort intéressant à noter toutefois, l'absence complète de toute généralisation viscérale.

L'œsophage, examiné avec soin, ne révela aucune lésion appréciable de la muqueuse : le tissu cellulaire péri-œsophagien est intact.

Quoiqu'il en soit, nous opposerons à cette extrême tolérance de l'œsophage dans des conditions déterminées les inconvénients qui peuvent résulter de l'introduction réitérée de sondes dans l'œsophage.

La douleur à l'introduction, les mouvements provoqués de la déglutition, l'irritation produite sur les parois du canal par le passage fréquent de l'instrument sont bien des conditions à considérer, surtout si on y ajoute la douleur ressentie par le malade qui déjà n'a que peu de propension à accepter ce mode d'alimentation.

Il en résulte qu'on doit préférer *a priori* la sonde à demeure et qu'on n'est autorisé à recourir au cathétérisme répété que si le premier, comme chez notre ma-

lade, provoque exceptionnellement une inflammation de l'œsophage.

Ceci nous conduit à formuler les règles suivantes au sujet de la conduite à tenir avant l'opération : Introduire une sonde dans l'œsophage d'abord pendant quelques heures pour habituer les voies digestives à ce contact nouveau; une fois le malade habitué, laisser en permanence la sonde, diminuer progressivement, puis cesser complètement l'alimentation normale, de façon à ne plus recourir qu'à l'introduction de liquides nutritifs dans la sonde. N'opérer le malade que lorsqu'il sera habitué à ce double changement. Laisser enfin la sonde à demeure pendant toute la durée de la cicatrisation.

Faut-il introduire la sonde par la bouche et l'y laisser par la suite ou bien, au contraire, l'introduire par les fosses nasales ?

Le séjour d'une sonde dans la bouche est désagréable, de plus il n'est pas sans inconvénient; car le contact de la sonde avec la plaie ne laisse pas d'être douloureuse et de tourmenter notablement les malades.

La contraction du plancher de la bouche sera même peut-être plus violemment provoquée que par les aliments, et le chirurgien pourra se voir énergiquement repoussé par le malade.

Il est donc préférable de faire le cathétérisme par les fosses nasales et d'y laisser séjourner la sonde. L'objection tirée de la difficulté de l'introduction est inexacte dans la grande majorité des cas, mais si par exception le malade présente une déviation de la cloison ou quelque autre disposition anormale, il sera toujours indiqué de

recourir au cathétérisme buccal, malgré ses inconvénients.

Du reste, une fois le cathéter placé on peut, à l'aide de la sonde de Belloc ou même encore d'une très petite bougie introduite par la narine et ramenée dans la bouche, conduire dans les fosses nasales d'arrière en avant, la sonde œsophagienne attachée au préalable avec un fort fil de soie à l'extrémité de cette bougie.

On a encore objecté au cathétérisme pratiqué par cette voie, divers accidents. Chez le malade de Watson, il y eut de l'enchifrènement, des épistaxis et de la rougeur de l'œil gauche. Krishaber, dans un cas, vit apparaître du coryza, de la rougeur du nez et des douleurs s'irradiant vers la tête; mais chez l'un comme chez l'autre, ces accidents ne durèrent que fort peu et réellement ils sont sans importance eu égard aux avantages qu'on retire de l'emploi de ce procédé. Nous pouvons également citer l'observation suivante dans laquelle le malade éprouva quelques accidents du même genre, mais qui n'eurent pas de conséquence.

La sonde une fois en place, on pourra attacher à l'extrémité un fil passé derrière l'oreille, pour que sa présence ne gêne pas le malade; au bout de peu de temps, le malade ne pense plus à son tube.

Observation X (personnelle).

Sousset (Louis), 63 ans, fleuriste, couché au n° 10 de la salle Saint-Honoré, service de M. le professeur Duplay, à l'hôpital Lariboisière, s'est aperçu il y a dix

mois que ses dents incisives du maxillaire inférieur s'ébranlaient. Les gencives étaient gonflées et fongueuses. Elles saignaient au moindre attouchement. Le malade s'est enlevé huit dents à la mâchoire inférieure. Il n'éprouvait aucune douleur, aucun élancement dans cette région. Pas d'antécédents ni personnels, ni héréditaires.Son mal ne le faisait pas souffrir,il n'a pas perdu ses forces.

Quatre mois après le début de cet accident, la peau du menton est devenue rouge, puis s'est ulcérée, et enfin il y eut quelques jours après, communication entre la cavité buccale et l'extérieur par un pertuis situé à 2 centimètres au-dessous du bord libre de la lèvre inférieure et sur la ligne médiane; ce pertuis était en forme de fente verticale. Quand le malade buvait ou mangeait, les aliments passaient par cette ouverture. La lèvre inférieure. dans toute sa longueur, était intacte, et dans sa hauteur au moins un centimètre et demi était indemne.

C'est après cette nouvelle complication que le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital, et surtout lorsqu'il a vu que cette fistule ne se refermait pas naturellement, car il n'a suivi aucun traitement avant son entrée à l'hôpital.

Il est entré à l'hôpital le 17 avril 1884, a été opéré le 25 avril. On a fait une incision partant de la région sus-hyoïdienne et sur la ligne médiane et venant aboutir à 1 centimètre 1/2 du bord de la lèvre inférieure : on a relevé de chaque côte du maxillaire les lambeaux de peau, puis avec la scie à main on a actionné le maxil-

laire de chaque côté de la symphyse à environ 2 centimètres 1/2 de cette dernière. Après l'opération, on a fixé l'extrémité de la langue avec un fil.

On n'a pas habitué le malade à la présence de la sonde œsophagienne.

Le jour même de l'opération, à 3 heures du soir, l'interne a essayé de faire prendre au malade des aliments par la bouche, mais l'essai a échoué, le malade ne pouvait pas avaler, et c'est alors qu'on a introduit une sonde en caoutchouc rouge du calibre 18 et qui a servi depuis, toujours. On avait commencé à l'introduire par la narine gauche, mais au bout de sept ou huit jours, le malade ne put plus la supporter. Il souffrait beaucoup et eut même à plusieurs reprises des saignements de nez. On changea de côté, on l'introduisit par la narine droite ; il n'y eut pas de douleur, et une seule fois, quelques gouttes de sang. Depuis tout se passe très bien. Le malade prend du bouillon, du vin, des œufs délayés, le tout mélangé. Nous avons assisté, le 28 mai, à son repas du matin. Le tube en caoutchouc est introduit avec beaucoup de facilité, et une fois qu'il est suffisamment enfoncé on injecte avec une grosse seringue les aliments énumérés ci-dessus. Le malade se trouve très bien, ne souffre pas, n'a pas de diarrhée.

J'ai déjà dit plus haut les conditions que devait remremplir la sonde pour être facilement tolérée par le malade. Contrairement à ce qu'on dit d'habitude, ce n'est pas le tube de Faucher qui sert à cet usage, et l'on doit se servir, comme nous l'avons indiqué plus haut, d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge du numéro 18. Le

tube de M. Faucher est plus long, mais surtout beaucoup plus gros et sert aux lavages de l'estomac.

A ce propos, nous dirons que ce tube n'appartient pas à Faucher, ainsi que l'a dit le Dr Sée dans son récent ouvrage sur les dyspepsies ; l'idée première en revient à un médecin de Vienne, M. Oser, comme du reste il résulte d'un mémoire que ce dernier fit paraître dès l'année 1875. La même opinion a été formulée par M. Dujardin-Beaumetz dans une communication qu'il fit à l'Académie de médecine, dans la séance de novembre 1879, et dans laquelle ce médecin, attribuant le mérite de la découverte à Oser, rappela que Faucher n'avait fait la première communication qu'en 1879.

Il ne me reste plus qu'à déterminer la longueur que la sonde doit avoir.

Il est évident qu'elle doit être supérieure à la distance qui sépare la narine de l'orifice supérieur de l'œsophage, mais est-il besoin qu'elle arrive à dépasser le cardia? Nous ne le croyons pas. M. Verneuil a démontré qu'elle pouvait n'arriver qu'au niveau de la partie moyenne du conduit, dès lors une sonde uréthrale présentant 30 centimètres environ, sera, croyons-nous, suffisante.

CONCLUSIONS.

1° L'alimentation artificielle des opérés d'éphithélioma buccal par le procédé de M. Verneuil-Krishaber est une condition indispensable pour amener le succès des opérations.

Cette alimentation n'est pas toujours possible ; elle est rendue, dans certains cas, impraticable par la production de spasmes ou d'œsophagite.

Quoiqu'il en soit, le chirurgien, avant d'opérer, devra au préalable s'être assuré de la possibilité de cette alimentation par le tube, et lui subordonner l'intervention.

Le cathétérisme répété par la bouche à chaque repas, n'est pas applicable, en raison de ses difficultés et des douleurs qu'il provoque ; on lui devra substituer l'emploi de la sonde à demeure, parfaitement tolérée de l'œsophage et introduite par les fosses nasales.

On pourra utiliser avec avantage la sonde uréthrale en coutchouc rouge du n° 18, préconisée par M. Verneuil.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, éd. 1831.
Watson. — Journal de chirurgie, 1845, t. III.
Gerdy. — Annales de thérapeutique, t. IV.
Blanche. — Thèse inaugurale, 1848.
Follin. — Th. agrégation, 1853. Rétrécissements de l'œsophage.
Th. Anger. — Thèse d'agrégation, 1872.
Billroth. — Communic. à la Soc. de chir. allemande, 1873.
Trélat. — Soc. de chirurgie, 1875-1876.
Schlapfer. — Thèse de Zurich, 1878.
Dujardin-Beaumetz. — Communic. à l'Ac. de méd., 1879, novembre.
Guiller. — Th. inaugurale, 1880.
Lannelongue. — Rapport sur un mémoire de Krishaber. Desc. Soc. de chir., 1881.
Trélat. — Leçon clinique. Semaine médicale, 24 mai 1883.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De la respiration.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Des sels de cuivre.

Histoire naturelle. — Les labiées.

Pathologie externe. — Du tétanos traumatique.

Pathologie interne. — Des complications de la fièvre typhoïde.

Pathologie générale. — De la convalescence.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — Des différents procédes de réduction de luxation de l'épaule.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps réglés pour leur prescription.

Thérapeutique. — Du sulfate de quinine.

Hygiène. — De l'influence de la chaleur sur les miasmes palustres.

Médecine légale. — Signes de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu, le président de la thèse,
LE FORT.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.